

Evaluación inicial de índices periodontales en pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren.

*Recibido para arbitraje: 26/03/2003
Aceptado para publicación: 21/04/2003*

Escalona LA, Rivera H. Instituto de Investigaciones Odontológicas "Raul Vincentelli".
Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN

Introducción: Son pocos los datos existentes acerca del estado periodontal de pacientes con Síndrome de Sjögren, una exocrinopatía autoinmune caracterizada por un infiltrado linfocítico que afecta a las glándulas salivales y lagrimales.

Objetivo: El propósito de este estudio fue evaluar las condiciones periodontales en un grupo de pacientes diagnosticados con SS, primario y/o secundario y compararlas con las de un grupo control sistémicamente sano.

Materiales y Métodos: Se evaluaron siete (7) pacientes con SS, tres (3) diagnosticados con SS secundario y cuatro (4) con SS primario, de acuerdo a los criterios establecidos para el diagnóstico de SS (Vitali y col., 1997), y un grupo control de seis (6) individuos sistémicamente aparentemente sanos. Los parámetros clínicos periodontales evaluados fueron: índice de placa (IP), índice gingival (IG), y profundidad de sondaje (PS).

Resultados: Se observaron diferencias estadísticamente significativas en algunos parámetros evaluados. Los pacientes con SS presentaron menor número de dientes promedio que el grupo control ($p < 0.05$). Los índices de placa y gingival fueron mayores en los pacientes con SS ($p < 0.05$), pero no se observaron diferencias con respecto a la profundidad de sondaje entre los grupos en estudio.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el SS puede ser un factor de riesgo para la enfermedad periodontal, ya que los pacientes con SS presentaron índices de placa y de inflamación gingival mayores que el grupo control, debido probablemente a la disminución del flujo salival.

Palabras claves: Enfermedad periodontal, Síndrome de Sjögren.

Evaluación inicial de índices periodontales en pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren.

Escalona LA, Rivera H. Instituto de Investigaciones Odontológicas "Raul Vincentelli".
Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela.

ABSTRACT

Few studies have been reported about the periodontal condition in SS affected patients.

Aim: The purpose of this study was to evaluate the periodontal condition in a group of patients diagnosed as PSS, SSS and to compare with healthy control subjects.

Material and Methods: 7 (SS) patients, 3 of them diagnosed as SSS and 4 as PSS respectively, according to the European criteria reported by Vitali et al., 1997 and 6 sistemically healthy individuals. The clinical periodontal parameters evaluated were: Plaque index (PI), Gingival index (GI), and probing depht (PD).

Results: In the parameters evaluated, we observed statistical significant differences. The SS patients showed lower number of teeth present than the control group ($p < 0.005$). The plaque and gingival indexes were higher in the SS population ($p < 0.005$), whereas the probing depht did not showed differences between the studied groups.

Conclusions: Our results suggested that SS could be a risk factor for periodontal disease, and the presence of plaque index and gingivitis higher than the control group could be also related to decrease in the salivary flow rate.

Key words: Periodontal disease, Sjögren Sindrome.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía autoinmune inflamatoria crónica, caracterizada por un infiltrado linfocítico de las glándulas exocrinas, que afecta especialmente a las glándulas salivales y lagrimales. Este síndrome se puede presentar de dos formas, una primaria y otra secundaria. En la forma primaria se observan afectadas las glándulas salivales y lagrimales provocando la aparición de la xerostomía a nivel bucal y de la queratoconjuntivitis seca a nivel de los ojos. En la forma secundaria además de estos síntomas de sequedad, se observan enfermedades asociadas a trastornos en los tejidos colágenos tales como; artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica progresiva ^{1,2}.

La actividad normal de la glándulas salivales es importante para el mantenimiento de la salud bucal. Una de sus funciones está vinculada a la formación, maduración y metabolismo de la placa dental, así como también a la neutralización de los ácidos producidos por las bacterias y el control de la actividad bacteriana. El establecimiento del cálculo, la enfermedad periodontal y las caries son también influenciadas por el flujo y la composición salival ^{3,4,5,6,7,8}.

En los pacientes con SS, la disminución de la secreción salival resulta en severas molestias bucales que interfieren con las prácticas normales de higiene bucal, en consecuencia ocurre una rápida acumulación de placa dental donde los microorganismos acidúricos se encuentran elevados significativamente ⁹, provocando un aumento en el índice de caries, pero en cuanto a la enfermedad periodontal existe poca información disponible sobre la relación entre SS y enfermedad periodontal y algunos de ellos relacionan la disminución del flujo salival con la enfermedad periodontal.

Barbieri y Montgomery ¹⁰ examinaron los efectos de la xerostomía sobre los tejidos periodontales, dentarios y mucosos, no encontrando diferencias significativas entre el grupo con xerostomía y el grupo con flujo salival normal. Resultados similares fueron observados por Rhodus y col.¹¹ al evaluar la situación clínica y periodontal de pacientes con SS primario. Boutsis y col.¹² tampoco encontraron diferencias significativas entre los grupos estudiados, al comparar el estado periodontal de pacientes con SS con pacientes que presentaban otro tipo de enfermedades autoinmunes y otro grupo de pacientes con xerostomía sin otra enfermedad sistémica subyacente.

Sin embargo, Najera y col.¹³ observaron que los pacientes con SS presentaban valores elevados para los índices de placa, profundidad de sondaje y pérdida de inserción y un nivel de riesgo 2.2 veces mayor de padecer enfermedad periodontal que los controles sanos. Çelenligil y col.¹, también reportaron valores mas elevados en pacientes con SS cuando se evaluaron diferentes índices periodontales, así como niveles de anticuerpos contra

Actinobacillus actinomycetemcomitans (Aa) y *Porphyromonas gingivalis* (Pg) significativamente más elevados.

En cuanto a los estudios realizados para comparar el estado periodontal de pacientes con SS primario y secundario, Kuru y col.¹⁴ reportan no sólo parámetros clínicos sino evaluación microbiológica de la flora subgingival. Los resultados obtenidos no detectaron diferencias significativas entre ambos grupos con SS ni con el grupo control sistémicamente sano.

El propósito de este estudio fue evaluar las condiciones periodontales en un grupo de pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren primario o secundario y compararlas con las observadas en un grupo control sistémicamente sano.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Selección de la muestra.

Se evaluaron siete pacientes con SS que asistieron a la Clínica de Xerostomía, IIORV, Facultad de Odontología de la UCV, de los cuales cuatro fueron diagnosticados con SS primario (SS1) y tres con SS secundario (SS2), utilizando los criterios de la Comunidad Europea para el diagnóstico de SS (Vitali y col.,1997)¹⁵. Como grupo control se seleccionaron 6 sujetos sistémicamente sanos y que no estaban bajo tratamiento periodontal.

Exámen clínico periodontal.

El exámen clínico periodontal de toda la población incluida en el estudio fue realizada por un periodoncista. Los parámetros clínicos evaluados fueron: el índice de placa (IP), índice gingival (IG)¹⁶ y profundidad de sondaje (PS)¹⁷, sobre todos los dientes presentes en boca exceptuando los terceros molares.

Las mediciones para la profundidad de sondaje fueron realizadas en seis sitios de cada diente sobre todos los dientes. Los sitios estudiados fueron; mesio-centro y disto vestibular, mesio-centro y disto lingual/palatino, desde el margen gingival a la base del saco con una sonda periodontal calibrada de William (PQ-OW, Hu-fridey Instrument Co).

Análisis de los datos:

.-Para el análisis de las variables periodontales se determinaron los promedios y la desviación estandar. .-La diferencia de los parámetros evaluados entre los pacientes con SS y el grupo control fue evaluado utilizando el test de student.

.-Se realizaron comparaciones entre los pacientes con SS en su totalidad y el grupo control, entre pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SS1) y el control, Síndrome de Sjögren secundario (SS2) y el control y entre los pacientes con SS1 y SS2.

.- Los valores promedios obtenidos de la medición de los parámetros clínicos, sirvió para evaluar la severidad de la enfermedad periodontal

RESULTADOS.

Para este estudio fueron examinados un total de 13 pacientes, 4 de los cuales fueron diagnosticados con SS1, 3 con SS2 y 6 controles sanos (Tabla 1). Los 7 pacientes con SS fueron del sexo femenino, y en el grupo control 4 eran del sexo femenino y 2

del sexo masculino. En el grupo de pacientes con SS (SSt) la edad promedio fue de 54.8 ± 10 (rango de 43 a 68) años de edad y 32 ± 8.34 (rango de 21 a 43) en el grupo control. En el grupo SSp el promedio de edad fue 54.7 años y de 55 en el SSs. El número promedio de dientes en el grupo de pacientes con SSt fue de 16.7 ± 6.8 (rango de 6 a 26), 14.5 en los pacientes con SSp, 19.6 en los pacientes con SSs y 27 ± 3.5 (rango de 22 a 32) en el grupo control. Se observaron diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) entre el grupo control y los pacientes diagnosticados con SS primario y secundario, con respecto a los promedios de edad y número de dientes presentes en boca (Tabla 1).

La comparación sobre las condiciones periodontales entre los diferentes grupos de estudio en término de promedio de índice de placa (IP), muestra diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el grupo de pacientes con SSt (1.65 ± 0.71) y el grupo control (0.84 ± 0.33), pero no entre el grupo con SSp y SSs. El índice gingival (IG) también mostró diferencias significativas entre el grupo SSp (1.62 ± 0.45) y el grupo control (0.42 ± 0.25). Con respecto a la profundidad de sondaje no se observaron diferencias estadísticas significativas entre los diferentes grupos de estudio, el promedio observado en los pacientes con SSt fue de 2.12 ± 0.59 , 2.37 ± 0.61 en los pacientes diagnosticados con SSp y 1.8 ± 0.43 en los pacientes con SSs. El grupo control presentó un promedio de 1.92 ± 0.22 , cifras estas muy similares a las observadas en el grupo SSs (Tabla 2)

La distribución de los pacientes en relación a la severidad de la enfermedad indica que los pacientes con SS presentan en su mayoría (71.42%) signos de inflamación gingival moderada, con un 14.2% presentando signos de inflamación leve en el grupo con SSp e igual porcentaje con inflamación severa en el grupo SSs. En el grupo control sano toda la población estudiada (100%) presentaron inflamación gingival leve. (Tabla 3)

La distribución de los pacientes en cuanto a la cantidad de placa dental señala que el 42.85% de los pacientes con SS presentó cantidades escasas de placa y el resto (57.14%) se distribuyó en igual porcentaje (28.57%) dentro de los grupos con depósitos de placa moderada y severa. En el grupo control el 71.42% presentó cantidades escasas de placa dental y un 14.2% placa moderada. (Tabla 3)

Tabla 1.

Distribución de los pacientes con SS de acuerdo a: Diagnóstico, Sexo, Edad, N° de dientes en boca.

	SSt	SSp	SSs	Control
N° de paciente	7	4	3	6
Sexo (F/M)	7(F)	4(F)	3(F)	4(F)/2(M)
Edad promedio	54.8	54.7	55	32*
N° de dientes promedio	16.7	14.5	19.6	27*

*Diferencias significativas ($P < 0.05$, test de student) entre grupo SSt, SSp y SSs y el grupo control.

SSt= Total de pacientes con Síndrome de Sjögren
 SSp= Total de pacientes con Síndrome de Sjögren primario
 SSs= Total de pacientes con Síndrome de Sjögren secundario

Tabla2.
 Evaluación de los parámetros clínicos periodontales en pacientes con SS y grupo control

	SSt	SSp	SSs	Control
Promedio IP	1.65	1.65	1.66	0.84*
(DS)	(0.71)	(0.78)	(0.76)	(0.33)
Promedio IG	1.62	1.66	1.93	0.42**
(DS)	(0.45)	(0.76)	(0.25)	(0.25)
Promedio PS	2.12	2.37	1.8	1.92
(DS)	(0.59)	(0.61)	(0.43)	(0.22)

DS= Desviación estándar, IP= Índice de placa, IG= Índice gingival, PS= Profundidad de sondaje.

- *Diferencias significativas: SSt/control ($p<0.02$), SSp/control ($p<0.05$), SSs/control ($p<0.05$).
- ** Diferencias significativas: SSt/control ($p<0.0001$), SSp/control ($p<0.002$), SSs/control ($p<0.00007$)

Tabla 3.
 Distribución porcentual de los pacientes afectados por SS y del grupo control de acuerdo a la severidad de la enfermedad periodontal.

	SSt	(n)	SSp	(n)	SSs	(n)	Control
0.1-1.0 gingivitis leve	14.2%	(1)	14.2%	(1)		(0)	100% (6)
1.1-2.0 ging. Moderada	71.42%	(5)	42.85%	(3)	28.57%	(2)	(0)
2.1-3.0 ging. Severa	14.2%	(1)		(0)	14.2%	(1)	(0)
0.1-1.0 placa escasa	42.85%	(3)	28.57%	(2)	14.2%	(1)	71.42% (5)

1.1-2.0	placa moderada	28.57% (2)	14.2% (1)	14.2% (1)	14.2% (1)
2.1-3.0	placa severa	28.57% (2)	14.2% (1)	14.2% (1)	(0)

(n) = número de pacientes

DISCUSIÓN

La expresión bucal del Síndrome de Sjögren se caracteriza por la presencia de un infiltrado linfocítico a nivel de las glándulas salivales, que ocasiona alteraciones en la calidad y cantidad del flujo salival, conocidas con el nombre de xerostomía. Los dientes y la mucosa bucal son los sitios más afectados por esta disminución del flujo salival que ocurre en los pacientes con Síndrome de Sjögren². En el presente estudio se examinaron las condiciones periodontales de pacientes diagnosticados con SS primario o secundario, las cuales fueron comparadas con las de un grupo de individuos sanos, con el objeto de evaluar la relación de esta patología, incluyendo la reducción del flujo salival, sobre los tejidos periodontales.

Todos los pacientes incluidos en el estudio y diagnosticados con SS cumplían con los criterios establecidos por Vitali y col.¹⁵. Previo a su selección se examinaron 14 pacientes que presentaban xerostomía (datos no mostrados) quedando reducidos a siete los que llenaron los criterios previamente establecidos por la Comunidad Europea para el diagnóstico de SS.

Nuestros resultados mostraron un promedio menor en el número de dientes en los pacientes diagnosticados con SS que los del grupo control, esta diferencia puede ser debida a que la edad promedio de los pacientes con SS era mayor que la del grupo control. A mayor edad mayor probabilidad de pérdida de dientes por caries, enfermedad periodontal o traumatismos. Estos resultados concuerdan con los reportados por Çelenligil y col.¹, pero no con los obtenidos por Najera y col.¹³, Boutsy y col.¹² y Kuru y col.¹⁴ quienes no encontraron diferencias significativas entre los pacientes con SS y el grupo control. Las razones para esta discrepancia pueden ser debido a que la metodología utilizada para la selección de la muestra es diferente en todos los estudios, por ejemplo Boutsy y col.¹² en su trabajo incluyó tres grupos, uno con SS, el segundo grupo otro tipo de enfermedades autoinmunes y un tercero que sirvió de control al cual no se le diagnosticó ninguna enfermedad autoinmune pero padecían de ojos y boca seca y la edad promedio fue de 47 años, promedio menor al utilizado en nuestro trabajo. El estudio de Najera y col.¹³ reporta que aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, los pacientes con SS presentaban ligeramente menos dientes y la edad promedio de los sujetos utilizados en su estudio fue de 60 años, tanto para el grupo con SS como para el control. En el trabajo de Kuru y col.¹⁴, la edad promedio en todos los grupos (SS y control) fue de 61 años. En nuestro estudio la edad promedio del grupo control fue menor (32 ± 8.3) con respecto a los grupos test (54.8 ± 10) sin embargo, coincide con los resultados reportados por Çelenligil y col.¹, quienes también utilizaron rangos bastante amplios de edad (rango de 10 a 60).

Los parámetros clínicos utilizados para evaluar el estado de los tejidos periodontales mostraron que los pacientes con SS (primario o secundario) presentaron cantidades de placa dental mayores y estadísticamente significativas ($p < 0.05$) que el grupo control. La razón para este incremento en el índice de placa podría explicarse por la disminución del flujo salival que se observó en los pacientes con SS. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Çelenligil y col.¹, Najera y col.¹³, aunque Boutsis y col.¹² y Kuru y col.¹⁴ no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados. Con respecto al índice gingival, también observamos diferencias significativas (Tabla 2) entre el grupo control y los pacientes con SS, especialmente los pacientes diagnosticados con SSs. El índice gingival utilizado para este estudio¹⁷ evalúa la severidad de la inflamación gingival, es así como podemos observar que el 71,42% de los pacientes presentó gingivitis moderada, en contraste con el grupo control los cuales se ubicaron en el grupo con gingivitis leve. Este grado de inflamación gingival podría relacionarse con la cantidad de placa dental acumulada y por la disminución del flujo salival la cual fue menor en el grupo diagnosticado con SS, principalmente en el grupo con SSs (datos no mostrados), tal como lo señalan diferentes estudios realizados en esta área^{1,5,6,13}. Sin embargo, trabajos como los realizados por Almaståhl y col.^{18,19} refieren que la presencia de microorganismos asociados con inflamación gingival e infecciones de las mucosas es similar en sujetos con reducción del flujo salival y controles sanos y que probablemente no existe relación entre la xerostomía y la placa subgingival ya que esta depende más del fluido subgingival que de la saliva para obtener sus requerimientos y nutrientes.

En cuanto a la profundidad de sondaje promedio, los resultados de este trabajo no mostraron diferencias entre los grupos de estudio. Las cifras promedio obtenidas para este parámetro indican que la mayoría de los los pacientes incluidos en el estudio no presentaba sacos mayores de 3mm, lo cual se relaciona con las cantidades de placa y la severidad de la inflamación observada, las cuales fueron moderadas en el grupo con SS y leves en el grupo control. Sólo uno de los pacientes presentó profundidades de sondaje promedio de 3.2mm, lo cual coincidió con sus índices de placa y gingival, los cuales fueron también los más elevados de toda la población estudiada.

Debido al reducido número de pacientes incluidos en la investigación, no se pudo establecer si existía una correlación directa estadísticamente significativa entre la cantidad de placa acumulada y el flujo salival, entre la cantidad de placa dental y el grado de inflamación gingival y entre el flujo salival y el índice gingival.

Aunque existen algunas controversias^{12,14,20} sobre la relación entre SS y enfermedad periodontal, nuestros resultados sugieren que el SS puede ser un factor de riesgo para sufrir de enfermedad periodontal, ya que uno de los principales órganos afectados por la enfermedad son las glándulas salivales, las cuales dependiendo de la severidad de la enfermedad, pueden perder totalmente su capacidad de producir saliva. La disminución del flujo salival, produce a su vez alteraciones a nivel de los tejidos mucosos de la boca, incluidos los tejidos periodontales, y favorece el acumulo de placa dental, la cual a su vez favorece el establecimiento de enfermedad periodontal. Nuestros resultados mostraron que los pacientes con SS presentaron índices de placa dental y de inflamación gingival mayores que los observados en el grupo control, aunque no se observó enfermedad periodontal avanzada medida por la profundidad de sondaje.

Para futuros estudios es importante ampliar el tamaño de la muestra, así como incluir la evaluación de otros parámetros periodontales como la pérdida de inserción, evaluación

radiográfica del nivel óseo, y evaluaciones del fluido gingival que permitan conocer si además de la disminución del flujo salival, existen otros factores que favorezcan el establecimiento de una enfermedad periodontal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Çelenligil H., Eratalay K., Kansu E., Ebersole, JL. Periodontal status and serum antibody responses to oral microorganisms in Sjögren´s syndrome. *J of Periodontol.* 1998. 69: 571-577.
- 2.- Fox RI, Kang HI. Pathogenesis of Sjögren´s syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 1992; 18:517-538.
- 3.- Wolff A, Fox PC, Ship JA, Atkinson JC, Macynski AA , Baum BJ. Oral mucosa status and mayor salivary gland function. *Oral Med Oral Pathol.* 1990; 70:49-50.
- 4.- Atkinson JC. Salivary gland dysfunction: Causes, symptoms, treatment. *J Am Dent Assoc.* 1994; 125:409-416.
- 5.- Tseng CC, Wolff LF, Rhodus N y Aepli DM. The periodontal status of patients with Sjögren´s syndrome. *J Clin Periodontol.* 1990; 5:329-330.
- 6.- Tseng CC. Periodontal status of patients with Sjögren´s syndrome: a cross sectional study. *J Formosan Med Assoc.* 1991; 90:109-111.
- 7.- Daniels TE, Fox PC. Salivary and oral components of Sjögren´s syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 1992; 18:571-589.
- 8.- Sciubba JJ, Mandel ID. Sjögren´s syndrome: Dental role in providing relief. *NY State Dent J.* 1992; 58:39-42.
- 9.- MacFarlane T, Mason DK. Changes in the oral flora in Sjögren´s syndrome. *J Clin Pathol.* 1974. 5:416-419.
- 10.- Barbieri SL, Montgomery MT. The effects of xerostomia on Oral Health. 1995. *J Dent Res.* 74:abstract # 824.
- 11.- Rhodus N., Michalowics B. , Bereuter J. GCF volume, sulcular *Candida albicans* levels and periodontal status of primary Sjögren´s syndrome patients. *J Dent Res.* 1998. 77:abstract # 1988.

- 12.- Boutsis EA., Paikos S., Dafni UG., Moutsopoulos H. , Skopouli FN. Dental and periodontal status of Sjögren's syndrome. *J Clin Periodontol.* 2000.27:237-235.
- 13.- Najera MP., Al-Hashimi I., Plemons JM., Rivera-Hidalgo F., Rees TD., Haghghat N , Wright JM. Prevalence of periodontal disease in patients with Sjögren's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1997. 4: 453-457.
- 14.- Kuru B., McCullough MJ., Yilmaz S., Porter SR. Clinical and Microbiological studies of periodontal disease in Sjögren's syndrome patients. *J Clin Periodontol.* 2002. 29:92-102.
- 15.- Vitali C, Bombardieri S. The diagnosis of Sjögren's syndrome: definition and validation of classification criteria for this disorder. *Ann Med Interne.* 1998; 149:12-16.
- 16.- Silness J , Löe H. Periodontal disease in pregnancy (II). Correlation between oral hygiene and periodontal conditions. *Acta Odont Scand.* 1964; 22:121-135.
- 17.- Löe H . The gingival index, the plaque index and the retention index Systems. *J Periodontol.* 1967; 38:610-616.
- 18.-Almståhl A , Wikström M. Oral microflora in subjects with reduced salivary secretion. *J Dent Res.* 1999; 78(8): 1410-1416.
- 19.- Almståhl A, Kroneld U, tarkowski A, Wikström M. Oral microbial flora in Sjögren's syndrome. *J Rheumatol.* 1999. 26:110-114.
- 20.- Crow HC, Ship JA. Are gingival and periodontal conditions related to salivary gland flow rates in healthy individuals. *J Am Dent Assoc.* 1995; 126:1514-1520.